371

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1908, à 1 heure

Par Abel BOICHUT

Né à Eclans (Jura), le 30 octobre 1881

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉTERMINATIONS PULMONAIRES PRIMITIVES

DU

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

(*CONGESTION PULMONAIRE RHUMATISMALE*)

Président : M. THOINOT, *professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY et AL. ROBIN, *professeurs.*
RICHAUD, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(*Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince*)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MES FRÈRES

A MON COUSIN BERNOUX

ET A SA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Docteur RIBIERRE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui nous a donné le sujet de cette thèse. Toute notre reconnaissance pour son affabilité et sa bienveillance à notre égard.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux, avant de commencer ce travail, de remercier tous ceux de nos maîtres qui ont contribué à notre éducation médicale.

Nous n'oublierons pas que nos premières années auprès des malades se sont passées dans les hôpitaux de Besançon et nous conservons un souvenir plein de gratitude pour MM. Chapoy, Gauderon et Heitz, dont nous avons été l'interne.

Que tous nos maîtres de Paris, et particulièrement M. le professeur de Lapersonne et M. le professeur agrégé Bonnaire, veuillent bien accepter tous nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance.

Nous n'oublions pas non plus l'hôpital de Saint-Denis, où nous avons trouvé dans MM. Feltz, Boucher et Villière des maîtres pleins de bienveillance à notre égard : qu'ils soient assurés de notre gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

Jusqu'à Bouillaud, le rhumatisme était considéré comme une manifestation morbide localisée « au niveau » des articulations.

Bouillaud montra que le rhumatisme *envahissait*, « pénétrait » les articulations ; il fit aussi comprendre que les phlegmasies viscérales qui coïncidaient avec les arthropathies, n'étaient autre chose que des manifestations de même ordre.

Ce grand maître étudia certes tous les « accompagnements divers » du rhumatisme ; mais il s'occupa surtout de sa localisation cardiaque, dont il traça une description brève, promulguée par lui sous forme de lois.

Et en effet, selon toute vraisemblance, l'appareil cardio-vasculaire est toujours frappé, à quelque degré, dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile.

L'appareil pulmonaire, le seul que nous retiendrons dans cette courte étude, l'est certainement bien moins souvent, bien moins régulièrement.

Néanmoins, si l'on ne peut, comme pour le cœur, établir des lois de coexistence entre les lésions articulaires du rhumatisme et les lésions pulmonaires de cette phlegmasie, il nous semble cependant exact d'insister sur ce fait qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

Souvent développées d'une manière insidieuse, latente, au milieu de la fièvre rhumatismale, à détermination articulaire, qui attire seule l'attention, on les ignore parce que l'on ne prend pas soin de les rechercher systématiquement.

Les localisations pulmonaires du rhumatisme peuvent ou précéder l'attaque, ou lui succéder, ou évoluer en quelque sorte en dehors d'elle. Celles qui surviennent à titre de complications dans le cours d'une attaque de rhumatisme sont des faits trop connus, trop entrés dans le domaine classique pour que nous les étudiions.

Aussi est-ce à dessein que nous les laisserons de côté ; à dessein nous nous bornerons donc à décrire les manifestations *primitives* ou *isolées* du rhumatisme sur le poumon.

En effet, à côté des localisations rhumatismales, endocardiaques, primitives généralement admises par les auteurs surtout chez les enfants, à côté, dis-je, de ces localisations, nous croyons pouvoir reconnaître comme *assez fréquentes*, des manifestations pulmonaires *primitives* du rhumatisme, et même des localisations pulmonaires *isolées* de cette infection.

HISTORIQUE

Les manifestations pulmonaires du rhumatisme survenant à titre de complications d'une attaque rhumatismale sont, avons-nous dit, connues depuis longtemps ; il n'en est pas de même des localisations précédant la « polyarthrite fébrile », comme dit M. Bouchard, ou évoluant en dehors d'elle.

Voyons à ce propos ce que disent les auteurs anciens sur les déterminations pulmonaires du rhumatisme.

Storck raconte que dans le mois de novembre 1259, il vit un grand nombre de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu ; chez quelques-uns, dit-il, les douleurs articulaires cessèrent tout à coup, et au même moment il survint de l'oppression et de la toux.

Boerhave et son commentateur, Wan Swieten, ont vu et signalé des cas de *complications pulmonaires* rhumatismales.

Stoll signale aussi des faits absolument identiques : « L'humeur rhumatismale, dit-il, abandonnait

les membres subitement ; et, au moment où on s'y attendait le moins, elle se portait vers la poitrine, où elle occasionnait la dyspnée et l'orthopnée, avec une toux très violente, de l'oppression et parfois des crachats sanguinolents. Une jeune fille ressentit tout à coup un froid extrême : le rhumatisme s'était porté sur les poumons. »

Musgrave s'exprime à peu près de la même manière.

Chomel met en doute la nature rhumatismale de l'affection pulmonaire qui vient compliquer l'attaque de rhumatisme.

« La mobilité extrême du rhumatisme, dit-il, semble présenter la raison d'un phénomène qu'il offre souvent, je veux parler de son alternative avec les affections viscérales. On a pu, dans les temps où les théories étaient en faveur, considérer comme rhumatismale l'inflammation de la plèvre ou du poumon qui succède au rhumatisme et semble cesser par son retour ; mais, aujourd'hui qu'on ne voit dans ces maladies que ce que les sens peuvent y distinguer, on ne les regarde plus que comme des affections diverses qui se remplacent mutuellement. »

Barthez, dans son *Traité des maladies goutteuses*, rapporte des cas de manifestations viscérales de rhumatisme : « Il y a des cas, dit-il, où la diffusion de l'humeur du rhumatisme ne produit point d'état inflammatoire plus ou moins étendu, mais d'autres symptômes plus redoutables, comme une affection soporeuse, la difficulté de respirer et l'intermittence

du pouls.» Ponsard avait déjà, en 1770, fait la même relation.

Nous le voyons, les auteurs anciens ont bien connu le rhumatisme pulmonaire, mais à titre secondaire, au cours d'une localisation articulaire de cette infection.

Les auteurs plus récents, tels que : Bouillaux, Trousseau, Pidoux, Lassègue, reconnaissent, eux aussi, la localisation pulmonaire du rhumatisme, mais, en général, à titre de complications secondaires. « Beaucoup de médecins, dit Trousseau, ne croient pas à l'existence de la maladie— il parle du rhumatisme — que s'ils la voient siéger sur les articulations, quand d'autres auteurs la retrouvent également dans certaines régions viscérales : le poumon, le cœur et le cerveau. Il résulte de cette tendance constante du rhumatisme à se porter sur le tissu fibro-séreux des articulations que le rhumatisme peut quelquefois se fixer primitivement sur le tissu fibro-séreux d'autres organes. »

Dans certains cas toutefois, quelques-uns des auteurs sus-nommés admettent que le rhumatisme peut débuter par les viscères, mais c'est toujours, ont-ils soin d'ajouter, dans le cas d'une poussée articulaire franche. Trousseau, cependant, signale la *possibilité* d'une manifestation pulmonaire *isolée* du rhumatisme. « La maladie rhumatismale, dit Trousseau, peut rester limitée au poumon ; cependant il n'est pas rare de voir apparaître des douleurs articulaires au moment où cessent les symptômes de la pneumonie. »

Si nous prenons les auteurs classiques, même les

plus récents, nous y trouvons le même silence sur le sujet qui nous occupe. Tous, aussi bien les auteurs qui décrivent les maladies des adultes que ceux qui ont fait des traités spéciaux des maladies de l'enfance, se bornent à signaler les complications pulmonaires ou pleurales, les premiers chez les rhumatisants seuls, les seconds chez les rhumatisants et les choréiques (Cadet de Gassicourt), mais sans insister davantage.

Nous trouvons plus de renseignements chez les auteurs qui se sont occupés soit du rhumatisme, soit des maladies pulmonaires. Vulpian, dans sa thèse d'agrégation, sur les *Pneumonies secondaires*, fait une classe à part des pneumonies développées comme manifestation du rhumatisme, sans que la phlegmasie ait été précédée par une affection aiguë des jointures. Mais, ajoute l'auteur, « pour faire dire qu'il y ait pneumonie rhumatismale, il faut qu'il y ait eu attaque de rhumatisme auparavant. »

Houdé signale la possibilité d'une première attaque rhumatismale sur le poumon.

M. Sottaz, interne du professeur Monneret, rapporte dans l'*Union médicale* de 1863, une observation — que nous publions du reste — sur un cas de congestion pulmonaire préartropathique.

L'auteur de ce petit article conclut, du reste, très nettement à la nature rhumatismale de l'affection pulmonaire.

Fernet juge les cas de localisations pulmonaires rhumatismales primitives assez rares. « Avant de se fixer, dit-il, sur quelques jointures, il arrive souvent

que le rhumatisme aigu erre, pour ainsi dire, sur différents organes ou sur différents tissus. Ainsi il est assez commun de voir une angine, un coryza, une diarrhée, précéder de quelques jours les manifestations articulaires. »

Nous le voyons, il n'est pas fait allusion à l'appareil pulmonaire, et cependant Fernet n'ignore pas le début particulier sur le poumon du processus rhumatismal, puisqu'il étudie l'anatomie pathologique de la lésion pulmonaire rhumatismale primitive.

Le professeur Ball consacre une description assez détaillée sur les manifestations pulmonaires du rhumatisme, mais il ne donne pas de renseignement sur l'ordre de leur apparition. « Cependant, dit-il, on a rapporté des exemples de pneumonies développées, comme manifestations du rhumatisme, plusieurs jours avant l'apparition des douleurs articulaires. »

Il s'attache principalement à mettre en relief cette idée que les localisations pulmonaires sont surtout fréquentes chez les individus atteints antérieurement de lésions cardiaques.

Dans le *Dictionnaire Dechambre*, M. Besnier, à l'article « Rhumatisme », distingue très nettement les localisations pulmonaires primitives du rhumatisme, des complications secondaires de même ordre de cette infection. Deux faits principaux paraissent, dit-il, caractériser les premières : elles sont légères, très légères même, et tributaires très souvent d'une cardiopathie antérieure.

C'est ce dernier caractère qu'a repris Cadet de

Gassicourt ; il l'a même érigé en règle absolue.

Voici, du reste, les propres termes de M. Besnier touchant la question qui nous occupe :

« On peut voir aussi manifestement des pneumonies congestives ne différant pas nettement de la pneumonie franche et dont la nature rhumatismale peut être déduite de la rapidité de l'évolution : mais il est évident que la réalité de la nature rhumatismale ne peut être démontrée que dans les cas d'alternance, de coïncidence ou de succession, avec d'autres manifestations définies et incontestables. Toutefois, la récidive répétée de la pneumonie chez un sujet à hérédité arthritique rend leur nature extrêmement vraisemblable, alors même qu'il n'y a pas eu d'autres manifestations positives. »

Nous nous permettons de signaler textuellement ce passage, car il définit bien exactement l'étude que nous faisons des manifestations pulmonaires du rhumatisme ; c'est, en effet, le premier auteur qui admette très nettement, à côté de la forme primitive du rhumatisme pulmonaire, la forme isolée de cette infection.

M. Bernheim, de Nancy, et son élève, M. Moreau, admettent les manifestations pulmonaires primitives du rhumatisme ; ils en citent, du reste, d'intéressantes observations, mais ils doutent de l'existence de manifestations analogues en dehors de toute attaque rhumatismale franche.

Nous signalerons en passant les thèses de MM. Ni-

cot et Margery, dont les sujets traités effleurent la question qui nous occupe.

M. Lebreton a fait une très intéressante étude sur le sujet qui est nôtre ; nous devons la signaler d'autant mieux que nous lui avons souvent fait de larges emprunts.

M. Lebreton distingue, comme nous le faisons, des manifestations pulmonaires primitives de rhumatisme et les manifestations isolées de cette infection. L'auteur tient à prouver surtout que le rhumatisme pulmonaire peut s'affirmer en dehors absolument de toute phlegmasie articulaire franche.

M. Steeg décrit une période prémonitoire du rhumatisme ; l'infection rhumatismale, dit-il, peut débuter par tous les viscères, cœur, poumon, cerveau. Il cite du cas que nous étudions, une observation caractéristique.

Citons aussi la thèse de M. Bouet, sur le *Rhumatisme articulaire aigu.*

Dans sa thèse intitulée *Rhumatisme articulaire aigu et pneumopathie,* M. Benoist étudie seulement les complications pulmonaires du rhumatisme.

Enfin, M. Widal, dans son article du *Traité de médecine et thérapeutique* consacré à l'étude du rhumatisme, décrit la congestion pulmonaire primitive comme début fruste d'une attaque de rhumatisme franc. L'auteur donne comme possible l'existence d'une localisation pulmonaire rhumatismale isolée, mais n'insiste pas davantage.

Des statistiques publiées à l'étranger, les plus in-

téressantes sont celles de Wunderlich (108 cas de rhumatisme, 41 de localisations pulmonaires), d'Ormerod et Taylor, de Latham (136 cas de rhumatisme, 24 de localisations pulmonaires).

Nous ferons une mention spéciale de l'article « Rhumatisme » publié en Angleterre par Fuller, et nous nous permettrons d'en citer un extrait qui se rapporte à notre question : « Les cas se rencontrent, dit cet auteur, assez fréquemment dans lesquels il n'y a pas de rhumatisme externe, et dans lesquels, cependant, toute la suite des symptômes permet de rapporter, sans doute aucun, la maladie au poison rhumatismal. De même que l'affection cardiaque peut être la première et la seule manifestation du rhumatisme, de même je suis persuadé que la bronchite, la pleurésie, la pneumonie peuvent le faire. Dans ces cas on trouve une langue rouge et écailleuse, des sueurs acides profuses et l'odeur empyreumatique du rhumatisme. Bien que l'influence soit rarement aussi marquée que dans ces cas, je suis persuadé, par l'efficacité du remède dans les cas douteux, que l'influence de l'agent rhumatismal sur le poumon est moins rare qu'on ne le suppose généralement, et l'on doit toujours y penser.

Aussi faut-il songer, en même temps qu'au traitement local, à expulser de l'économie le poison rhumatismal, qui est la source et la cause de la persistance de la maladie.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les malades sont déprimés par leur longue maladie

autant que par les sueurs profuses qui l'accompagnent, et qu'un traitement définitif pourrait faire naître, au lieu d'une maladie à tendance séro-exsudative, une inflammation à tendance suppurative. »

Si nous nous sommes arrêté un peu longuement, à la partie historique de la question, c'est afin de bien poser le problème, de définir exactement ce que nous voulons étudier.

On voit, en effet, que les auteurs qui ont eu à s'occuper du rhumatisme se sont surtout attachés à décrire, des manifestations pulmonaires de cette infection, celles qui surviennent à titre de complications dans une attaque de rhumatisme articulaire franc.

Bien peu, nous pouvons le dire, en ont reconnu les manifestations pulmonaires primitives ; moins nombreux encore sont ceux qui en ont signalé les localisations isolées.

Eh bien, ce sont précisément les manifestations pulmonaires rhumatismales *primitives* ou *isolées* que nous nous sommes, répétons-le, proposé d'étudier ; nous sommes persuadé, en effet, qu'elles sont moins rares qu'on ne l'a cru généralement.

Sans prétention aucune, nous essaierons de tirer des cas qu'il nous a été donné de recueillir, quelque enseignement touchant la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique, l'étiologie, le pronostic et le traitement de ces affections. Puis nous résumerons notre étude par quelques conclusions.

EXPOSÉ CLINIQUE DE LA MALADIE

Avant de faire l'exposé analytique des symptômes inhérents à l'affection qui nous occupe, il nous a paru bon de publier intégralement trois observations caractéristiques, types, pourrait-on dire, dont une au moins est inédite.

Ce sera, croyons-nous, un excellent moyen de donner une vue d'ensemble sur la question que nous avons à traiter et de bien la limiter, mais, surtout, nous aurons prouvé l'existence de l'affection qui fait le but de cette étude, c'est-à-dire, répétons-le encore, la localisation pulmonaire rhumatismale *primitive* ou *isolée*.

Quant aux autres observations, nous les donnons à la fin de notre thèse.

L..., Antoine, âgé de 30 ans, garçon laitier, entre le 20 avril 1908, salle Domaschino, n° 25, à l'hôpital Laënnec (service du professeur Thoinot suppléé par le Dr Ribierre).

Antécédents personnels. — Quatre crises de *rhumatisme*

articulaire aigu : la première, à l'âge de 18 ans, l'a maintenu au lit pendant près de neuf mois ; presque toutes les articulations ont été prises, et, pendant plusieurs semaines, les douleurs et l'impotence dans les membres supérieurs furent telles que l'on dut l'alimenter comme un enfant.

Deuxième crise, vers 35 ans, moins violente, a duré cependant cinq à six mois, a frappé particulièrement les articulations tibio-tarsiennes et celles des genoux.

Troisième crise, en avril 1906 : l'état aigu a une durée de trois semaines ; les raideurs articulaires ont persisté pendant trois mois.

Enfin, vers le début d'avril, le malade a fait un séjour de huit jours, dans le service : douleurs dans les articulations des pieds, des genoux, du coude droit, avec un très léger gonflement des genoux. Peu de fièvre. Le malade a exigé prématurément sa sortie, malgré les représentations qu'on lui a faites : il semble qu'on ait eu quelques doutes sur l'intégrité de ses valvules aortiques.

Urétrite blennorragique vers l'âge de 34 ans, sans complications, guérie en deux mois.

Vers la même époque, le malade avait eu un point de côté et quelques crachats sanglants. Mais, depuis, il n'a jamais toussé ; il ne s'enrhume presque jamais.

N'a jamais présenté de dyspnée notable jusqu'à sa dernière entrée à l'hôpital.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires et collatéraux, si ce n'est l'absence de rhumatisme et vraisemblablement aussi, de tuberculose.

Le malade entre donc, le 20 avril 1908, à l'hôpital Laënnec parce qu'il a, depuis deux jours, un *point de côté thora-*

cique, à droite, d'intensité modérée, et surtout une *ayspné* assez vive, accentuée par la marche et les mouvements.

Le 21 avril, à la visite du matin, on constate une température peu élevée (T.: 37°4. Pouls: 86), un peu d'angoisse et de dyspnée, un facies pâle. Le pouls est régulier et assez bien frappé; la tension artérielle, au sphygmomanomètre de Potain mesure 15 centimètres.

L'examen du thorax révèle un certain degré de submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, avec conservations des vibrations thoraciques qui sont, cependant, très légèrement atténuées. Dans toute cette zone, *s'étale largement un souffle assez doux, à maximum expiratoire*. Légère broncho-égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Aucun bruit adventice, même après la toux.

Les sommets respirent normalement, et la percussion n'y dénote aucune modification.

Deux ou trois sibilances à la base du poumon gauche.

Expectoration peu abondante, blanche, un peu mousseuse.

Au cœur, on note, que le deuxième bruit aortique a un timbre un peu sec (en chiquenaude, pourrait-on dire). Pas d'autre modification.

Urines, un peu foncées et briquetées, présentent des traces d'albumine.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Aucun phénomène nerveux.

Le malade, interrogé avec soin, à ce sujet, n'accuse, en fait de douleur, que le point de côté droit, qui a, d'ailleurs, diminué depuis hier. Aucun phénomène subjectif ou objectif du côté des articulations.

Traitement. — Ventouses scarifiées. Poudre de Dover, 0,40. Régime lacté et repos absolu.

Le soir, la température atteint 38°2.

Le 22 avril. — Oppression moins marquée, mêmes signes stéthoscopiques que la veille, mais en outre, dans le tiers inférieur du poumon droit, *nombreux râles* intermédiaires entre le râle crépitant et le râle sous-crépitant, très disséminés et non groupés en foyers.

Ils paraissent superficiels.

T. M. : 37°4. T. V. : 37°.

Le 23 avril. — Le souffle a très notablement diminué d'intensité et d'étendue ; les râles fins sont aussi nombreux, au moins, que la veille. Le point de côté a complètement disparu.

Mais un nouveau symptôme s'est montré durant la nuit. Vive douleur au niveau de l'*articulation radio-carpienne* gauche. A ce niveau, gonflement très notable surtout à la face dorsale. Traînées rougeâtres, longitudinales, près du bord cubital. Impotence absolue ; les moindres mouvements arrachent des cris au malade.

Douleur modérée, sans gonflement, au niveau du coude droit. Pas d'autre symptôme articulaire.

Sueurs assez abondantes, mais la température reste peu élevée (36°8, le matin).

Pas de modification au niveau du cœur.

Traitement. — Salicylate de soude, 6 grammes.

Le 24 avril. — Le gonflement radio-carpien a presque disparu et la douleur est très modérée.

Au niveau du poumon droit, le souffle a disparu. Persistent quelques râles sous-crépitants fins, moins nombreux que la veille.

Le malade, qui ne présente plus d'albumine, élimine le salicylate de soude dans les urines.

Le 25 avril. — Les phénomènes articulaires ont complètement disparu et ne reparaîtront plus jusqu'à la sortie du malade.

On continue à donner du salicylate de soude pendant une huitaine de jours, à doses décroissantes.

Les râles sous-crépitants on complètement disparu le 27 avril.

Comme incident notable de la convalescence, nous notons seulement de la bradycardie assez marquée, le 27 avril : 44 pulsations, au moment de la visite, sans aucun autre phénomène subjectif ou objectif, avec une tension artérielle à 13 centimètres.

Jamais l'attention du malade n'a été, jusqu'ici, attirée sur ce symptôme.

Le 28 avril. — Le pouls est à 58°. Le lendemain, il est revenu à 72° et reste aux environs de ce chiffre jusqu'à la sortie. Le deuxième bruit aortique conserve le caractère un peu anormal, noté plus haut.

Le malade sort le 6 mai 1908.

En résumé, un homme de 50 ans ayant présenté, depuis l'âge de 18 ans, quatre crises de rhumatisme articulaire aigu, dont trois, au moins, ont été violentes et généralisées, rentre à l'hôpital, quelques jours après une crise articulaire légère, avec une congestion pulmonaire droite, très étendue, mais vraisemblablement superficielle.

Deux jours après l'entrée, au moment où le souffle

pulmonaire s'atténue, apparition d'une localisation articulaire, unique, il est vrai, mais offrant bien les caractères objectifs des déterminations articulaires du rhumatisme aigu et qui cède, en trente-six heures, à une médication salicylée assez énergique. Parallèlement, les signes de congestion pulmonaire achèvent de disparaître.

Hôtel-Dieu. Service de M. le professeur Monneret, 1863.

G... Jules, couché au n° 13 de la salle Saint-Lazare, est âgé de 30 ans. Il habite Paris depuis huit ans et y exerce la profession de nourrisseur

Antécédents. — Au mois d'août 1862, attaque de rhumatisme articulaire aigu, compliqué de rhumatisme cardiaque (endocardite), pour laquelle il est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Benjamin où il est resté cinq mois et demi ; on lui a, dit-il, appliqué plusieurs vésicatoires. Sorti au mois de janvier, il a repris ses travaux, mais il conservait toujours, sinon des douleurs, du moins des palpitations et de l'essoufflement. Il n'a jamais eu d'œdème aux membres inférieurs.

Le 30 *octobre* dernier, il a été mouillé et il s'est refroidi. Le soir même, point de côté à gauche, frissons et fièvre intense, perte d'appétit, crachats sanguinolents.

Il se met au lit ; *trois jours* après, se manifestent des douleurs dans les deux genoux.

Le 5 *novembre.* — Il se fait transporter à l'hôpital, n'ayant fait chez lui aucun traitement.

État du malade à son entrée à l'hôpital. — Entre autres phénomènes, M. Sottaz, interne du service, constate, à la visite du soir, les signes d'une *congestion pulmonaire* du côté

droit rendue manifeste par de nombreux râles crépitants disséminés ; les mêmes signes existent encore le lendemain matin avant la visite, mais, à la visite, ni M. Monneret, ni M. Sottaz ne peuvent les retrouver ; les râles crépitants ont complètement disparu, et on ne les retrouve plus les jours suivants. On n'entend plus dans la poitrine que quelques râles sibilants disséminés en arrière ; et, à droite, où l'on constate, à la percussion, un peu d'obscurité du son.

L'auscultation de la région précordiale permet de constater dans le cœur, l'existence d'un bruit de souffle aigu au premier temps, ayant son maximum d'intensité vers la pointe. Le pouls est à 108.

Langue large, blanche ; pas d'appétit ; selles régulières ; sensibilité très vive à l'épigastre, et dans l'hypocondre droit, surtout par la pression. Foie un peu plus volumineux que ne le comporte l'état normal. Diamètre vertical : 14 ; horizontal : 16. Ictère général intense ; fièvre : pouls à 108.

Douleurs rhumatismales dans les deux genoux sans gonflement : sensibilité à la pression. Prescription : émétique, 0 gr. 10.

7 *novembre*. — Le malade a eu sous l'influence des émétiques d'abondants vomissements et plusieurs selles ; cependant, la teinte ictérique n'a pas beaucoup diminué. Mais l'appétit est un peu revenu, et les douleurs articulaires se sont dissipées. Pouls à 84. Prescription de sulfate de quinine : 0 gr. 50.

9 *novembre*. — Pouls à 80. Toute douleur a disparu ; l'appétit est franchement revenu. Continuation du sulfate de quinine.

10 *novembre*. — Les douleurs articulaires ont reparu dans les genoux. Sulfate de quinine, 1 gramme.

11 *novembre.* — Le pouce gauche est tuméfié, rouge, douloureux ; la douleur existe ainsi dans le coude, dans l'épaule du même côté. Langue sale, rouge à la pointe ; perte d'appétit ; le pouls est remonté à 96. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

12 *novembre.* — Généralisation du rhumatisme à toutes les jointures du côté gauche. L'épaule droite et le pied du même côté sont également pris. Il y a de l'insomnie causée par la douleur : le bruit de souffle au premier temps est plus marqué, plus rude, plus intense. Sulfate de quinine, même dose.

13 *novembre.* — Le bruit de souffle devient de plus en plus rude et même râpeux. Pouls à 96, fréquent surtout le soir, en même temps que se manifeste une exaspération des douleurs rhumatismales ; celles-ci ne paraissent pas avoir de tendance à se généraliser davantage. Sulfate de quinine, 1.50.

14 *novembre.* — Les douleurs ont notablement diminué ; pouls à 84 le matin, à 95 ou 96 le soir. Il y a de l'anorexie, de la constipation. Purgatif à l'eau de Sedlitz.

15 *novembre.* — Plusieurs selles ont eu lieu sous l'influence du purgatif. Pouls à 76 ; les douleurs se sont dissipées. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

16 *novembre.* — Pas de douleurs, l'appétit est un peu revenu.

17 *au* 21 *novembre.* — Les douleurs n'ont pas reparu, les mouvements des membres sont parfaitement libres ; tout symptôme articulaire a disparu ; l'appétit se fait sentir de plus en plus vivement. Le sulfate de quinine est continué pendant deux jours à doses décroissantes : 1 gramme à 0 gr. 50 ; le 19, il est supprimé.

21 *novembre.* — Le malade sort débarrassé de son rhu-

matisme ; mais le bruit de souffle, au premier temps, déjà ancien (18 mois de date), persiste encore.

En résumé, un homme de 30 ans, ayant présenté l'année précédente une attaque de rhumatisme articulaire aigu, compliquée d'endocardite avec lésion permanente, et ayant duré cinq mois et demi, entre à l'hôpital. L'interne, M. Sottaz, trouve ce malade porteur d'une congestion pulmonaire, qui aurait débuté, par un point de côté, de la toux, des crachats sanguinolents, trois jours avant la fluxion articulaire des genoux.

Notons ce fait très particulier qu'au moment où sont apparues les douleurs articulaires, presque subitement ont disparu, sans laisser de trace, les signes de congestion pulmonaire.

En tête de nos observations, nous voyons signalée la coïncidence d'une congestion pulmonaire, avec les premiers phénomènes fébriles qui ont précédé les manifestations locales du rhumatisme.

Nous disons : *congestion pulmonaire*, c'est qu'en effet, nous croyons avoir le droit de porter ce diagnostic. N'a-t-elle pas tous les caractères et toutes les allures d'une congestion cette affection dont sont atteints les deux malades de nos observations ? Et véritablement pourrait-on dire qu'il s'agit là d'une pneumonie ?

Si nous trouvons certes quelques signes physiques ou stéthoscopiques qui rappellent cette affection pulmonaire, nous pouvons voir aussi qu'il en manque certains et non des moins importants.

Nous ne trouvons pas cette dyspnée propre à la pneumonie, ce souffle tubaire rude et bien localisé, ces « foyers » de râles crépitants fins, cette expectoration caractéristique.

Mais, surtout, l'évolution de ces deux maladies est bien différente. Tandis que celle-ci disparaît rapidement, brusquement même quelquefois — à tel point que tous les symptômes s'éteignent en quelques heures — et ne laisse pas de traces de son passage, la pneumonie suit, au contraire, une marche progressive décroissante, bien connue et bien caractéristique.

La congestion étant admise, il nous reste à prouver qu'elle est bien due à l'infection rhumatismale.

Nous laisserons de côté l'argument thérapeutique, il n'a de valeur que dans l'une de nos observations où nous voyons le salicylate de soude avoir raison des phénomènes congestifs du poumon en même temps que des douleurs articulaires.

Nous ne retiendrons que l'étude clinique de la maladie.

A voir, quelques jours après la congestion pulmonaire, l'apparition des douleurs articulaires et, parallèlement la disparition ou tout au moins la diminution, des signes physiques de l'affection pulmonaire, à voir, dis-je, cette curieuse coïncidence, n'est-il pas naturel d'admettre l'unité de l'agent infectieux dans les deux cas ?

La chose n'a rien d'étonnant ; ne voit-on pas quelquefois des infections bien spécialisées s'affirmer sur des organes ou des appareils auxquels elles ne s'at-

taquent pas généralement ? Nous n'avons, du reste, qu'à nous appuyer sur l'autorité de M. Besnier, dont nous nous permettons de rappeler les paroles à ce sujet : « La réalité de la nature rhumatismale de la maladie — il s'agit ici de pneumonie congestive — ne peut être démontrée que dans les cas d'alternance, de coïncidence ou de succession, avec d'autres manifestations définies et incontestables. »

Notre conclusion est donc que le rhumatisme primitif du poumon se traduit par une congestion de cet organe ; la congestion pulmonaire est, en effet, croyons-nous, la manifestation ordinaire, fréquente, tout au moins, de l'infection rhumatismale dans son stade préarthropathique.

Les deux observations qui précèdent ont trait aux manifestations *primitives* du rhumatisme sur le poumon ; celle qui va suivre est un exemple de manifestations *isolées* de cette infection sur le même organe.

Rhumatisme pulmonaire, d'emblée. Disparition rapide des accidents sous l'influence du salicylate de soude. Service de M. Sévestre (*Thèse de M. Lebreton*).

Le nommé R... Pierre, marchand forain, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais, le 7 avril.

Cet homme, âgé de 45 ans, n'avoue aucun antécédent alcoolique, il a toujours été vigoureux et bien portant jusqu'au mois de janvier dernier. A ce moment, il fut fréquemment exposé au froid et avait dans les membres des douleurs vagues qui, cependant, ne l'empêchèrent jamais de travailler. Il y a neuf jours, il devint tout à coup plus souffrant, il

éprouvait une oppression violente, des accès d'étouffements fréquents, la dyspnée devint bientôt assez intense pour le forcer à entrer à l'hôpital.

A la *percussion*, la sonorité est diminuée dans les deux poumons, sans que l'on trouve, toutefois, de zone de matité manifeste.

A l'*auscultation*, des deux côtés, mais surtout à gauche, véritable bruit de tempête. Râles ronflants et sibilants généralisés, mais surtout pluie de râles fins survenant par bouffées et se répétant chaque fois que le malade fait une inspiration un peu plus fort. L'oppression est extrême, le malade est assis sur son lit dans l'attitude des cardiaques asystoliques. Il remplit dans la journée deux crachoirs d'un liquide aéré, dans lequel on retrouve quelques rares stries sanglantes.

Il n'y a *rien au cœur*, rien dans les urines. Temp. : 38°6.

8 *avril.* — Matin, température : 38°5. Traitement : Ventouses sèches et scarifiées, sulfate de quinine. Eau-de-vie allemande, 20 grammes. Soir, même état. Température : 39°5.

9 *avril.* — Même état, 38°7 le matin ; 39°5 le soir.

10 *avril.* — 38°5 le matin ; 39°4 le soir.

11 *avril.* — 38°5 le matin ; 39°5 le soir.

Les râles crépitants existent toujours de haut en bas, l'oppression est toujours extrême, l'expectoration est toujours abondante.

12 *avril.* — M. Sevestre, trouvant le malade toujours dans le même état, veut bien, à notre demande, lui donner du salicylate de soude reconnaissant qu'il semble exister chez ce malade une prédisposition rhumatismale. Le *soir même*, la température, qui dépassait toujours 39°, tombe à 38°6.

Le 13. — Les râles sont bien moins nombreux, la température est 38°3 le matin, 38°4 le soir.

Le malade se sent soulagé, il demande à manger.

Le 14. — Température : 38° le matin ; 38° le soir. La poitrine est presque complètement dégagée, le malade voudrait se lever.

Le 15. — Température : 37°5 le matin ; 37° le soir. A partir de ce moment, la température reste stationnaire à 37°.

Il n'y a plus de râles dans la poitrine du malade ; celui-ci, après la diminution progressive, puis la suppression du salicylate de soude, sort guéri sans avoir présenté de phénomènes articulaires.

Dans ce cas, il est certain, nous ne pouvons pas porter le diagnostic de congestion pulmonaire, comme nous l'avons fait pour les deux observations précédentes. L'affection ici signalée nous semble être de nature plus œdémateuse que congestive, et, selon toute vraisemblance, nous croyons qu'il s'agissait en ce cas d'œdème subaigu du poumon.

En écrivant en tête de notre thèse et comme sous-titre : *Congestion pulmonaire*, nous voulons simplement dire — ce que, du reste, nous avons tout à l'heure affirmé — que c'est sous cette forme nosologique que se présente, le plus souvent, le plus fréquemment, le rhumatisme pulmonaire dans ces manifestations frustes dont nous faisons l'étude. Nous n'avons pas eu l'intention, ce qui serait illogique en médecine, d'établir une règle absolue ; le cas nous donnerait, du reste, un formel démenti.

Quoi qu'il en soit, cette observation nous paraît intéressante pour la question qui nous occupe; elle nous semble être absolument analogue aux précédentes, à cette différence près que les accidents *rhumatismaux* qui auraient pu se montrer, ont été arrêtés dans leur développement par le salicylate.

Nous croyons, en effet, que la nature rhumatismale des accidents ne peut pas être mise en doute.

Le malade n'est ni un alcoolique, ni un brightique, ni un cardiaque, il n'y a pas de raisons qui, à première vue, puissent expliquer cette fluxion œdémateuse.

Mais M. Lebreton reconnaît, chez cet individu une prédisposition à l'infection rhumatismale.

Si nous n'avions que ce renseignement, nous ne pourrions, certes pas, porter de diagnostic certain, force nous serait faite de rester dans le doute; tout au plus pourrions-nous donner comme possible la nature rhumatismale de cette affection ; mais nous avons un argument victorieux, qui lève tous les doutes.

En effet, voir ce malade, jusque-là angoissant, malgré la médication intensive qui lui est faite, le voir au lendemain du jour où il prend du salicylate, plus calme, soulagé, et demandant à manger, voir cette coïncidence remarquable, n'est-on pas porté à reconnaître comme vrai dans ce cas le fameux aphorisme *post hoc, ergo propter hoc* ?

Nous trouvons aussi dans la rapidité avec laquelle disparaissent tous les symptômes, un des caractères que nous reconnaîtrons au rhumatisme pulmonaire.

Aussi notre conclusion, c'est qu'à côté des localisations pulmonaires *primitives* du rhumatisme, nous reconnaissons des déterminations *isolées* de cette infection.

DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE ET DIFFÉRENTIEL

Les complications pulmonaires du rhumatisme sont souvent difficiles à dépister. Leur début insidieux, latent au milieu des symptômes de la polyarthrite fébrile, qui attirent l'attention, passe souvent inaperçu. La fièvre ne les révèle pas puisqu'elle existe déjà; les frissons, les points de côté sont rapportés à l'affection rhumatismale préexistante, et il faut l'apparition de symptômes stéthoscopiques nets et la vue de crachats caractéristiques pour affirmer l'existence de la complication pulmonaire.

Pour nous, qui nous occupons des affections rhumatismales, primitives ou isolées, la difficulté va être toute différente. Si, tout à l'heure, nous méconnaissions la complication pulmonaire à cause du rhumatisme, maintenant nous allons pouvoir méconnaître le rhumatisme à cause de la congestion pulmonaire et croire que nous avons affaire à une congestion banale, alors que nous sommes en présence

d'un rhumatisant qui commence à parcourir d'une façon anormale le cycle de cette maladie infectieuse.

Il est pourtant de première nécessité de pouvoir faire ce diagnostic de bonne heure, car le pronostic en dépend; en dépend aussi le traitement.

Si, en effet, considérée en elle-même, la congestion pulmonaire qui est en cause est le plus souvent bénigne, la détermination articulaire, dont elle n'est souvent que le premier stade, est une affection toujours redoutable. De ce fait, on comprend aussi quel intérêt il y a pour le médecin à instituer de bonne heure, dès le diagnostic fait, le traitement spécifique qui fera céder l'élément congestif, en même temps qu'il pourra peut-être arrêter le processus dans son développement; ces considérations nous paraissent trop évidentes pour que nous insistions davantage.

Il ne faut pas le cacher, le diagnostic de cette affection est souvent difficile à faire. C'est qu'en effet, à première vue du moins, les symptômes physiques, les signes stéthoscopiques n'ont rien de spécial, rien de caractéristique. Ce sont ceux d'une congestion ordinaire, banale, avec son point de côté, son souffle, ses râles. Comment, alors, faire le diagnostic de congestion pulmonaire rhumatismale? Pourquoi, surtout, le faire? Si, en effet, l'on comprend qu'on puisse porter, chez des rhumatisants avérés, le diagnostic de congestion rhumatismale, pour cette affection dont l'étiologie ne peut être rapportée aux causes habituelles, on ne comprend plus qu'on puisse le faire chez

un malade qui n'a pas d'antécédents rhumatismaux. Il faut alors savoir que la congestion pulmonaire peut être la première révélation du rhumatisme, chez un individu, qui, jusque-là, n'avait jamais souffert des localisations articulaires de cette infection, la forme habituelle du rhumatisme.

Dans les treize malades dont nous publions les observations, sept seulement sont signalés comme ayant eu des manifestations du rhumatisme, les six autres n'en n'ont pas présenté.

Nous ne saurions mieux faire que de citer à ce propos M. Besnier : « Il ne faut pas oublier, dit-il, qu'on peut être rhumatisant sans s'en douter, sans avoir actuellement et même sans jamais avoir eu de localisations articulaires. Si, dans ce cas, le poumon venait à être pris d'emblée, il est facile de comprendre quelle serait l'utilité d'un moyen sérieux de diagnostic ».

Existe-t-il un « moyen sérieux » de diagnostic ? Et quel est-il ? Devons-nous attendre, pour porter le diagnostic, que l'infection rhumatismale se soit affirmée dans sa forme habituelle, la « polyarthrite » fébrile ? C'était l'avis des anciens médecins : « Tous les anciens médecins, dit M. Collin, qui avaient fait une étude approfondie des affections chroniques du poumon, s'accordaient à dire que la connaissance des antécédents du malade, des affections concomitantes ou successives pouvait seule conduire au diagnostic de leur nature ». « Ce n'est ni par les caractères de la toux et de l'expectoration, ni par l'auscultation qu'on peut distinguer une affection diathésique, d'une affec-

tion simple du poumon, mais uniquement par la coïncidence, ou l'alternance de quelques autres manifestations de la diathèse. » Telles sont les propres paroles de Gigot-Suart, dans son *Traité de l'herpétisme.*

Notre opinion est que nous ne devons pas attendre l'apparition des manifestations incontestables de l'infection rhumatismale, nous en avons plus haut donné les raisons. Et de plus, quelquefois, ces manifestations pourraient être vainement attendues, puisque nous reconnaissons des cas *isolés* de rhumatisme pulmonaire.

Nous croyons pouvoir trouver dans les antécédents du malade, dans les symptômes cliniques de la maladie, dans son évolution, dans l'efficacité de son agent thérapeutique, nous croyons pouvoir trouver, disons-nous, un « moyen sérieux » de diagnostic.

Antécédents. — S'il nous arrivait de nous trouver en présence d'un homme dans la force de l'âge, à la face rouge, hémorroïdaire, dyspeptique, sujet à des démangeaisons nocturnes, à des bouffées de chaleur, et si cet individu était porteur d'une congestion pulmonaire, que nous ne pourrions rapporter aux causes habituelles, nous n'hésiterions pas à rapporter à la goutte cette affection.

Dans le même ordre d'idées, qu'un autre malade vienne nous consulter pour une affection semblable, que ce malade ait à son actif des antécédents rhumatismaux bien avérés, après avoir éliminé aussi les causes habituelles de cette maladie, il nous semble-

rait logique de porter le diagnostic de congestion pulmonaire rhumatismale.

Aspect du malade. — L'aspect du malade est souvent caractéristique ; il existe, en effet, un facies bien spécial : la face est pâle, couverte de sueurs « d'aspect rhumatismal », pourrait-on dire, et bien différent du facies habituel des congestions banales. Le corps entier est baigné dans des sueurs acides profuses. Rappelons à ce propos qu'un auteur anglais, Füller, prétendait trouver dans « l'odeur empyreumatique » de ces sueurs, un signe certain de diagnostic. Nous, du moins, nous n'oserions certes pas être aussi affirmatif ; si, du reste, on nous demandait de définir « l'odeur empyreumatique du rhumatisme », il nous serait difficile de le faire, une odeur est-elle définissable ?

Nous notons seulement l'abondance toute particulière, considérable des sueurs, pour en négliger l'odeur ; nous trouverons des signes suffisants de diagnostic pour abandonner ce symptôme. L'on comprend très bien, cependant, que les anciens médecins aient attaché une grande valeur à des symptômes qui, aujourd'hui, nous font sourire, ou, pour le moins, nous paraissent étranges. Ils ne possédaient pas nos procédés modernes d'investigation, et ils étaient obligés de se reporter à des « bribes » de diagnostic que la perspicacité, la subtilité de leurs sens leur permettaient facilement de reconnaître.

Étude clinique de la maladie. — Le début de la congestion pulmonaire est, en général, brusque, bru-

tal, pourrait-on dire. C'est le frisson, la fièvre, le point de côté thoracique, quelquefois très violent, qui ouvrent la scène. Puis survient la toux, brève, souvent répétée, avec une expectoration tantôt visqueuse, tantôt abondante et spumeuse, quelquefois sanguinolente, en somme, et la chose est importante à remarquer sans caractère bien défini. La dyspnée est aussi de règle, dyspnée, en général, légère, par rapport aux signes stéthoscopiques étendus.

La fièvre ne dépasse guère 39° le soir, et, en tout cas, ne va pas à 40°.

A la palpation, les masses musculaires, plus exactement l'enveloppe thoracique entière de la région où siège le point de côté, est douloureuse, très douloureuse même. Les vibrations thoraciques sont, en général, conservées, tout au plus quelquefois sont-elles atténuées, mais ne disparaissent jamais complètement.

A la percussion, on trouve de la submatité soit à la base, soit au milieu, soit même au sommet, et le fait mérite d'être signalé, dans un seul poumon ou dans les deux.

L'auscultation nous fait percevoir, avec une diminution de murmure vésiculaire, un souffle doux, expiratoire, largement étalé, de nombreux râles disséminés, par opposition aux râles « en foyer » de la pneumonie, râles intermédiaires entre le râle crépitant et le sous-crépitant. Il existe aussi un peu de broncho-phonie.

Marche. Durée. Évolution. — La maladie est remar-

quable par la marche particulière de ses symptômes, qui sont *fugaces* et *mobiles* caractères sur lesquels nous aurons à revenir tout à l'heure La durée est peu considérable, quelques jours seulement. Sa disparition est très souvent brusque, rapide et coïncide fréquemment avec l'apparition des douleurs articulaires.

Faut-il admettre, pour expliquer ce fait, que sous l'influence du flux articulaire, la congestion pulmonaire, en vertu d'une révulsion naturelle, s'est arrêtée, a rétrogradé et, finalement, s'est dissipée ? C'est là une question que nous n'osons pas aborder.

Caractères spéciaux qu'affecte, dans certains cas, la congestion pulmonaire rhumatismale. Par sa localisation au sommet des poumons, la congestion pulmonaire rhumatismale peut simuler la tuberculose au début ; M. Bernhein, de Nancy, a insisté sur ce fait dont il rapporte plusieurs cas. La chose suffit d'être signalée, pour qu'elle soit facilement reconnue, aussi n'insisterons-nous pas davantage.

Nous ferons remarquer aussi que ces affections sont essentiellement des maladies à rechute ; faut-il y voir une accoutumance de l'organisme ? Nous posons la question sans la résoudre : « Il faut faire une part, dit Guéneau de Mussy, à l'habitude qui ramène le processus morbide dans les voies déjà parcourues, et l'organisme est plus disposé à subir certaine action pathologique par cela même qu'il l'a déjà subie. »

Discussion clinique. — En somme nous n'avons

trouvé jusqu'ici rien de bien caractéristique, aucun symptôme, qui traduise la spécificité du processus rhumatismal. Et cependant qu'on y regarde de près et l'on remarquera que le souffle, les râles semblent se produire à la surface de la coque pulmonaire. Les lésions semblent être plus superficielles que profondes; et le rapport inverse qui existe entre la dyspnée, qui est légère le plus souvent, et le souffle, qui est très large, nous confirme bien dans cette interprétation.

Qu'on ausculte souvent le malade, et l'on sera frappé des caractères vraiment remarquables que prennent les signes stéthoscopiques. Semblables en cela au rhumatisme, qui erre et se déplace avec irrégularité et bizarrerie, ils sont fugaces et mobiles. Siégeant aujourd'hui au sommet du poumon, ils peuvent avoir totalement disparu au point où on les entendait hier. Ausculte-t-on le poumon opposé, on y trouve le souffle que l'on entendait la veille dans un point tout différent. Il peut disparaître, totalement même, et réapparaître ensuite. Ces faits étaient bien connus de Vulpian, qui dit à ce propos : « Une particularité relative à la marche de la maladie, c'est la mobilité qu'elle présente. La respiration bronchique apparaît avec une grande rapidité, se déplace, s'entend parfois des deux côtés en même temps, disparaît du matin au soir, et est perçue le lendemain dans un autre point ».

En somme, nous croyons pouvoir trouver dans les caractères des signes stéthoscopiques de la conges-

tion pulmonaire rhumatismale, signes qui sont superficiels, fugaces et mobiles ; nous croyons pouvoir trouver un « moyen sérieux » de diagnostic. Et nous sommes bien loin de penser comme Gigot-Suart, qui disait à ce propos : « Ce n'est ni par les caractères de la toux et de l'expectoration, ni par l'auscultation qu'on peut distinguer une affection diathésique du poumon, d'une affection simple de cet organe, mais uniquement par la coïncidence ou l'alternance de quelques autres manifestations de la diathèse. »

Nous n'aurons plus de doute, la chose est certaine, sur la nature de l'affection, lorsque les douleurs articulaires se révéleront. « Le doute n'est plus possible, dit Jaccoud, dans les cas d'alternance, de coïncidence ou de succession. »

Mais outre qu'il est avantageux, nous le répétons, de faire un diagnostic de bonne heure, le faire d'une manière rétrospective pour ainsi dire est chose dénuée de tout intérêt. Aussi concevons-nous la « succession » du rhumatisme articulaire comme un moyen de contrôle du diagnostic et non comme un moyen de le faire. Du reste, ce moyen de diagnostic nous manque dans les cas où le rhumatisme pulmonaire se montre *isolément*.

Pour être juste, nous devons dire toutefois que si, dans ce cas, le diagnostic étiologique ne saurait s'imposer, il est toujours discutable.

Nous avons encore à notre disposition un moyen sérieux, facile d'investigation, applicable aussi bien dans les manifestations primitives que dans les mani-

festations isolées du rhumatisme pulmonaire ; nous avons nommé le salicylate de soude. Lorsque donc nous soupçonnerons l'infection rhumatismale, c'est à lui que nous devrons avoir recours, et de son efficacité ou de son inefficacité nous déduirons le diagnostic. N'est-ce pas le cas ou jamais d'appliquer le fameux aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes ?*

Quelques considérations sur l'étude bactériologique du rhumatisme

Si la clinique nous fait assez nettement pressentir l'existence d'un parasite dans le processus morbide rhumatismal, la bactériologie n'a pas encore réussi à l'isoler, du moins d'une façon tout à fait certaine.

M. Achalme croit, cependant, avoir trouvé dans un cas de rhumatisme cérébral le microbe spécifique du rhumatisme. Pour M. Achalme, ce serait un gros bacille anaérobie, différent du vibrion septique et de la bactéridie charbonneuse. M. Thiroloix, par des injections de culture du bacille d'Achalme, a réussi à reproduire des lésions d'endocardite analogues aux lésions rhumatismales.

MM. Triboulet et Coyon ont trouvé ce bacille dans les crachats d'un individu atteint de congestion pulmonaire rhumatismale.

Ces faits sont intéressants à signaler, car si l'on arrive à bien « spécialiser » le microbe, sa recherche dans les diverses excrétions organiques ou dans

le sang jugerait en dernier ressort les manifestations frustes du rhumatisme pour lesquelles le diagnostic est hésitant.

Comme conclusion de cette étude clinique, nous disons que pour les formes pulmonaires préarthropathiques, la nature de l'infection ne peut être mise en doute, puisque l'évolution de la maladie nous en indique clairement la nature rhumatismale ; dans les formes isolées, au contraire, le diagnostic est toujours discutable et n'est fondé que sur des probabilités.

∴

Diagnostic différentiel. — A côté de la congestion pulmonaire rhumatismale, il y a toute une série de congestions que nous appellerons *essentielles*, qu'elles soient véritablement idiopathiques, ou qu'elles soient les seules manifestations apparentes d'une infection latente ou d'une lésion organique compensée.

Nous reconnaîtrons donc des congestions : *cardiaque*, *goutteuse*, *impaludique*, *grippale* et des *congestions-maladies*. C'est à différencier ces congestions de cause variée de la congestion rhumatismale que nous allons consacrer ces lignes.

Éliminons d'abord la *congestion hypostatique des cardiaques*. Bien entendu, nous n'avons pas en vue la congestion des cardiaques asystoliques ; outre que, dans ce cas, la congestion n'est qu'une partie de la maladie, la cause est suffisamment apparente pour imposer le diagnostic. Nous ne voulons nous occu-

per de cette affection pulmonaire que chez les cardiaques en hyposystolie.

La maladie est insidieuse, lente dans son développement. Pendant un certain temps, la dyspnée d'effort et l'œdème léger des malléoles qui se montre le soir, sont les seuls signes précurseurs. L'affection déclarée, il y a plus de gêne respiratoire que de point de côté thoracique violent, de l'oppression accentuée par les mouvements de la toux, quelques crachats sanglants quelquefois chez les mitraux. Tout cela se développe lentement, avons-nous dit, et sans élévation de température.

La matité ou la submatité persistante et bien localisée aux deux bases est caractéristique ; elle s'explique très bien par la gêne mécanique de la circulation qui subit les lois physiques de la pesanteur.

L'auscultation nous révèle une diminution du murmure vésiculaire et la présence de nombreux râles fins.

Joignez à cela, quand la chose est possible, la perception des bruits anormaux du cœur, et nous aurons des signes tellement caractéristiques que le diagnostic nous paraîtra d'une lumineuse évidence.

La *goutte*, la chose est généralement admise, peut, dans ses formes larvées, s'affirmer par une détermination pulmonaire primitive à forme congestive. C'est la « goutte remontée aux poumons ». Vraisemblablement on ne peut guère trouver dans la marche clinique de cette maladie, dans les signes stéthoscopiques, des caractères qui permettent de la distinguer. Tout

au plus pourrait-on reconnaître une dyspnée plus violente que dans la congestion pulmonaire rhumatismale, des crachats gluants et visqueux. Mais ce sont là des différences bien délicates à saisir, et, pratiquement, il ne faut guère y compter.

Nous ferons alors appel aux anamnestiques. Nous saurons qu'il s'agit d'un individu dans la force de l'âge, au teint rouge, hémmorroïdaire, dyspeptique, sujet aux bouffées de chaleur à la face, aux démangeaisons nocturnes, aux éruptions de nature eczémateuses, et toutes ces considérations nous mettront sur la voie du diagnostic.

Si le malade nous accuse dans ses antécédents personnels une attaque de goutte, nous n'aurons plus de doutes et nous pourrons affirmer notre diagnostic.

Cependant, il est difficile quelquefois de répartir ce qui revient au rhumatisme, de déterminer ce qui ressort de ce processus morbide qu'on appelle *l'arthritisme*; dans ce cas, alors, il faut recourir au salicylate de soude, et ce médicament dépistera l'infection rhumatismale, jusque dans ses manifestations les plus délicates.

L'*infection paludéenne* peut, elle aussi, donner naissance à des congestions pulmonaires, qu'il est d'autant plus intéressant de connaître que l'infection rhumatismale est assez fréquente chez les paludéens. Il existe, en effet, un « pneumo-paludisme », une « pyrexie pneumo-paludéenne », imputable au poison malarique.

La maladie peut débuter de deux façons. « Tantôt,

dit Germain Sée, c'est l'élément fébrile qui domine la situation ; on croit à un accès de fièvre ordinaire, et les accidents pulmonaires ne se démasquent qu'au deuxième accès ; tantôt les symptômes généraux apparaissent d'abord avec les symptômes locaux de l'affection pulmonaire, et ce n'est que la marche ultérieure de la maladie qui en révèle le caractère paludéen. Le type de la fièvre est ordinairement tierce ou quotidien; entre les accès, l'apyrexie est complète. A cette période apyrétique correspond une amélioration remarquable de l'état local : dyspnée, toux, douleurs disparaissent ; les crachats rouillés se transforment en crachats muqueux, les signes physiques eux-mêmes s'amendent d'une façon notable. » Ce ne sont donc pas seulement les phénomènes généraux qui prennent le type intermittent, mais les phénomènes locaux.

La première forme de cette pyrexie pneumo-paludéenne ne nous arrêtera pas ; la signature de l'impaludisme étant si nette que parfois on ignore la congestion pulmonaire coexistante.

Quant à la deuxième forme, nous croyons trouver, dans la marche intermittente de ses symptômes généraux et de ses symptômes locaux parallèles à l'alternance de la fièvre, nous croyons trouver, dis-je, un caractère bien net de l'impaludisme.

Dans les cas douteux, les antécédents du malade, son facies terne spécial, et surtout l'efficacité merveilleuse qu'on trouvera dans l'emploi des sels de quinine nous l'établiront d'une façon sûre.

Une des manifestations primitives de la *grippe* est la congestion pulmonaire. Comment en ferons, nous le diagnostic ? Certes, le début et la marche, les signes cliniques de la maladie sont assez semblables dans les deux infections : infection rhumatismale ou infection grippale. Des deux côtés nous trouvons de la fièvre, un point de côté, de la toux et les mêmes signes stéthoscopiques. Accordons, cependant, que dans le cas de rhumatisme, comme nous l'avons dit, les signes stéthoscopiques sont plus fugaces, plus mobiles, mais ce sont là des nuances qui peuvent passer inaperçues.

Des caractères bien plus remarquables vont retenir notre attention ; je veux parler des douleurs, du catarrhe des muqueuses et du facies.

Les douleurs particulières de la grippe sont bien connues : ce sont la céphalalgie sus-orbitaire, les souffrances musculaires dans la nuque, la rachialgie, les arthralgies, le tout accompagné de cette sensation de brisure des membres qui donne aux malades l'impression d'avoir été roué de coups.

Le catarrhe des muqueuses est un élément constant ; coryza, angine, larmoiement, laryngite, diarrhée, telles en sont les manifestations.

Le facies enfin dénote un état de prostration profonde ; il est plombé ; les traits sont tirés, si caractéristiques que M. Sauvage l'appelle facies grippé.

Joignons à tout cela les notions de contagion, d'épidémicité, notions très importantes et qui doivent entrer en ligne de compte dans notre diagnostic.

Nous signalerons une forme particulière de la congestion grippale, forme asphyxique, appelée par M. Huchard broncho-plégique. Dans cette affection, contrairement à ce que nous avons remarqué dans la congestion pulmonaire rhumatismale, nous trouvons un état dyspnéique intense en désaccord avec les signes stéthoscopiques qui sont minimes.

Nous arrivons enfin à l'étude sommaire de ces *congestions essentielles*, autrement dit de ces affections pulmonaires congestives qui sont, à elles seules, toute la maladie.

Avec M. Marfan, nous en reconnaîtrons trois types principaux : la forme pneumonique de Woillez, la forme pleuro-pulmonaire de Potain, la forme pseudo-pleurétique, spléno-pneumonie de Grancher.

Ces deux dernières formes sont assez différentes de la congestion rhumatismale, comme, du reste, des congestions dont nous venons de parler; en effet, aux signes de congestion se joignent dans les deux cas, mais surtout dans le dernier, des signes nets d'épanchement pleurétique : matité, abolition des vibrations thoraciques, égophonie, à tel point que le diagnostic différentiel est à faire avec la pleurésie. Aussi nous n'insisterons pas davantage.

Nous ne garderons que la forme pneumonique de Woillez. Cette forme n'est pas sans analogie avec la congestion pulmonaire rhumatismale. Le début et la marche de la maladie sont à peu près identiquement les mêmes ; quant aux signes stéthoscopiques, à part les caractères de fugacité et de mobilité si particuliers

à la congestion pulmonaire, ils sont aussi assez semblables dans les deux maladies.

Woillez insiste cependant sur l'expectoration qu'il dit très spéciale ; elle serait comparable à une solution de gomme et composée de crachats muqueux peu aérés, parfois striés de sang et même sanglants.

L'ampliation de volume du côté malade, dit Woillez, serait aussi un bon signe de cette affection.

Avouons, toutefois, que le diagnostic est souvent difficile, délicat à établir. C'est alors que nous aurons recours à l'argument thérapeutique ; nous donnerons au malade du salicylate de soude ; ainsi sera jugée la question.

En somme, pour différencier la congestion pulmonaire rhumastimale des diverses congestions que nous venons de passer en revue, nous n'avons guère qu'un argument, mais un argument que nous croyons victorieux : le salicylate de soude.

L'apparition des douleurs articulaires, quand elle existera, sera répétons-le, un moyen de contrôle infaillible qui assurera notre diagnostic d'une façon certaine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelle est l'anatomie pathologique de ces déterminations pulmonaires rhumatismales?

Si l'on interroge les auteurs classiques, ou ceux qui ont écrit des monographies sur ce sujet, on est frappé du désaccord qui existe entre eux. Les premiers emploient presque continuellement le terme de « pneumonie rhumatismale », à tel point qu'on finit par croire qu'il s'agit d'une pneumonie fibrineuse vraie. Les seconds semblent, eux aussi, avoir été obligés d'employer cette expression; mais si l'on remonte jusqu'à leurs constatations nécroscopiques, on voit qu'ils s'éloignent alors de cette vue théorique, basée bien plutôt sur l'examen des signes physiques, que sur les résultats anatomiques.

Partout, en effet, nous remarquons qu'on a rencontré dans les rares autopsies de la congestion plus ou moins intense, formant une masse plus ou moins étendue, mais jamais de la pneumonie véritable.

En 1843, Castelnau, dans une autopsie du rhuma-

tisme pulmonaire, constate que « partout les poumons, quoique gorgés de sang, laissent pénétrer l'air ; il s'en écoule une sérosité rougeâtre très abondante ».

Trousseau dit qu'il existe une « forme de pneumonie, à laquelle on a donné le nom de pneumonie rhumatismale. Mais, dit-il, si quelquefois elle se montre avec tous les signes physiques de la pneumonie, ce qui la distingue et en fait une espèce à part, c'est que, d'un jour à l'autre, du matin au soir, tous les symptômes disparaissent sans suivre la marche décroissante de la pneumonie. »

Le professeur Vulpian, dans sa thèse d'agrégation, en 1860, reste dans le doute :

« Nous ne connaissons pas exactement, dit-il, l'anatomie pathologique de ces pneumonies ; mais on a observé dans plusieurs autopsies qu'il y avait une splénisation des poumons ou peut-être même, un simple collapsus pulmonaire. C'est probablement la splénisation ou le collapsus du poumon qui existait dans ces cas de pneumonie à délitescence rapide. »

M. Bourdon a communiqué, le 11 avril 1860, à la Société médicale des hôpitaux une observation de rhumatisme pulmonaire primitif, et il ajoute qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, « l'apparence non granuleuse du parenchyme pulmonaire et sa faculté de surnager unies à une friabilité évidente permettaient de voir un engouement œdémateux d'une nature particulière ».

Pidoux a trouvé plusieurs fois les mêmes lésions anatomiques. Il lui semble que la pneumonie rhuma-

tismale ne peut pas passer à l'hépatisation, et qu'elle reste à un état intermédiaire entre le premier et le deuxième degré

Le professeur Ball fait deux chapitres : l'un pour les pneumonies rhumatismales et l'autre pour les congestions pulmonaires. Dans le premier de ces chapitres, il cite comme type de la pneumonie rhumatismale une observation de Charcot à l'autopsie de laquelle on trouve « le lobe inférieur un peu engoué, rougeâtre, mais sans hépatisation ».

M. Fernet se prononce nettement pour des congestions séro-sanguines, des hydrophlegmasies du poumon.

M. Besnier déclare que ce « n'est jamais une pneumonie franche ; c'est une pleuro-pneumonie, une broncho-pneumonie, une pneumonie lobulaire chez l'enfant ». Füller dit que cette maladie a tendance à être « séro-exsudative ».

M. Lebreton, enfin, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, distingue deux formes bien différentes de ce rhumatisme pulmonaire que nous étudions.

Il reconnaît, en effet : la *forme œdémateuse* et la *forme pneumonique*.

« La forme œdémateuse, dit M. Lebreton, qu'elle soit aiguë ou subaiguë, est une forme commune ; la forme foudroyante est plus rare et ne s'observe guère que dans le cas d'attaque de rhumatisme articulaire franc. »

A ce sujet, nos vues sont différentes de celles de M. Lebreton, c'est, en effet, croyons-nous, dans les formes

graves du rhumastisme, forme cérébrale principalement, et à *titre de complications*, que l'on voit survenir l'œdème aigu ou foudroyant du poumon précipitant généralement le dénouement d'une manière fatale. Mais, dans ce cas, l'infection rhumatismale n'est pas seule en cause; des facteurs complexes sont aussi là pour imposer cette situation. De pareils malades sont généralement des intoxiqués [et l'alcool est le toxique le plus fréquent], des cardiaques et des brigthiques. C'est donc grâce à cette association désastreuse que l'infection rhumatismale arrive à produire cette terrible affection qu'est l'œdème foudroyant du poumon, mais cela toujours dans le *cours* d'une attaque de rhumatisme franc.

Nous irons même plus loin et nous dirons que le rhumatisme pulmonaire, tel que nous l'avons entendu, n'arrive même pas à la « forme pneumonique » de M. Lebreton. Et d'abord qu'est cette forme pneumonique ? Voici ce que répond l'auteur. « Nous n'avons, pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsie dans les cas où la lésion semblait nettement limitée, mais par les caractères de ses symptômes la lésion semble plutôt se rapprocher de celle que l'on observe dans la broncho-pneumonie. »

Nous ne sommes pas tout à fait de cet avis. Il est certain que nous, non plus, nous n'avons pas d'autopsie à opposer aux vues de M. Lebreton. Mais ce fait seul nous fait assez présager que le rhumatisme pulmonaire n'a pas la gravité que l'on reconnaît à la broncho-pneumonie ; nous sommes persuadé, en

effet, qu'il s'agit d'une affection plus bénigne.

Véritablement, à part la dyspnée, l'asphyxie propre à la broncho-pneumonie, les signes physiques dans les deux maladies sont assez semblables. Mais quelle différence dans les caractères mêmes de ces symptômes et la marche de la maladie ?

On ne trouve pas, en effet, dans la broncho-pneumonie la *mobilité*, la *fugacité*, des symptômes, propres à l'affection qui nous retient. Que dire de leur disparition totale, complète, sans retour, en quelques heures ? Est-ce ainsi qu'évolue la broncho-pneumonie?

Aussi, répéterons-nous à ce propos, la conclusion que plus haut nous avons déjà portée, à savoir que la congestion simple est la forme la plus fréquente du rhumatisme pulmonaire *primitif et isolé*.

C'est, du reste, la conclusion de M. Widal dans son article « Rhumatisme » ; nous nous permettrons d'en citer intégralement le passage qui nous intéresse.

« Les manifestations pulmonaires, dit M. Widal, portent essentiellement, dans leur caractère clinique, l'empreinte rhumatismale ; semblables aux localisations articulaires par leur évolution et leur mobilité, elles en ont aussi, au point de vue anatomique, la nature congestive, comme en font foi les quelques rares autopsies qui ont pu être pratiquées. La congestion à divers degrés d'intensité ou d'étendue, telle est la manifestation presque unique du rhumatisme primitif sur le poumon. On conçoit à la rigueur que la pneumonie puisse, à titre d'infection secondaire, venir compliquer un rhumatisme, comme elle complique

tant de maladies infectieuses; et, cependant, cette complication doit être rare, ainsi qu'en témoigne l'absence d'autopsies avérées.

Pourquoi donc vouloir créer, comme on l'a fait, une forme pneumonique de la maladie, lorsque la forme prétendue telle ne présente ni la symptomatologie, ni l'évolution, ni la lésion de la pneumonie ?

FRÉQUENCE. ÉTIOLOGIE

Nous avons dit que le rhumatisme pulmonaire est fréquent, plus fréquent même qu'on ne le croit habituellement, bien que quelques auteurs se soient élevés contre l'idée de sa rareté ; ces auteurs l'ont même placé immédiatement après le rhumatisme cardiaque.

Si nous reprenons nos statistiques, nous voyons que sur un total de 482 rhumatisants nombre de malades observés par Fuller, Latham, Wunderlich, il y a 44 pneumonies et nombre d'autres complications pulmonaires (bronchite ou pleurésie).

Mais, comme on le voit, si le rhumatisme pulmonaire, survenant à titre d'une complication d'une attaque articulaire franche, est assez fréquent, il n'en est plus de même de celui qui survient soit en dehors de toute attaque, soit comme phénomène prémonitoire des arthopathies plus ou moins généralisées.

Nous ne pouvons là-dessus recourir aux auteurs que nous avons signalés, car ils ne nous disent ni quand ni de quelle façon se sont produites les complications pulmonaires.

Nous-même, à ce sujet, nous ne pouvons fournir aucune statistique ; aussi n'essayons-nous pas de donner, sur la fréquence de ces affections, un renseignement précis.

Nous n'insisterons pas sur l'étiologie générale du rhumatisme, ce serait nous écarter du sujet, et nous ne pourrions que répéter des choses banales et connues de tous.

Il nous paraît plus intéressant de rechercher s'il existe une cause déterminante de cette localisation spéciale du processus rhumatismal sur le poumon.

Dans son *Traité des maladies goutteuses,* Barthez expliquait les localisations frustes de la goutte (et dans la goutte cet auteur comprenait le rhumatisme) par une infirmité relative des viscères atteints. « Une des causes les plus constantes de cette goutte interne, dit-il, c'est l'infirmité relative des viscères qu'affecte cette goutte. Cette infirmité relative le dispose à recevoir plutôt que les autres viscères le dépôt de l'humeur goutteuse lorsqu'elle *n'est point déterminée* sur les articulations ou lorsqu'elle en est repoussée. » Peter rapporte la cause de la détermination rhumatismale fruste, à la fatigue, à l'excès de travail, à l'usure de l'organe atteint. « C'est surtout à Peter, dit M. Besnier, que l'on doit l'expression la plus savante, et la formule la plus mécanique de cette vérité d'observation qui a fourni l'occasion d'une de ces généralisations brillantes si familières à ce savant distingué, et dans laquelle il montre que ce n'était pas le froid qui déterminait les localisations premiè-

res ou principales du rhumatisme articulaire ; mais que l'excès de fatigue, l'usure, la prolifération exagérée, constituaient, *pour les viscères*, comme pour les *articulations*, une imminence morbide de premier ordre et que ces surfaces n'étaient pas premièrement frappées à cause de leur étendue, mais à cause de l'excès de charge, de frottement de travail qui leur incombait. »

Contrairement à Peter, M. Collin, dans son étude sur les *Congestions arthritiques*, rapporte au froid les déterminations de l'infection rhumatismale. « Et, dit-il, il semble que de tous les viscères, le poumon est celui sur lequel les manifestations rhumatismales doivent être le plus souvent marquées. Tout l'y prédispose : sa structure, d'une délicatesse extrême, son contact direct et permanent, avec l'air atmosphérique dont les variations de température et d'hygrométrie sont si fréquentes, enfin cette espèce de bascule qui existe entre la sécrétion de la peau et celles de la muqueuse qui le tapisse. »

La coexistence fréquente des lésions cardiaques avec ces localisations pulmonaires rhumatismales a frappé les auteurs ; beaucoup se sont demandé si la cardiopathie n'était pas la cause première du rhumatisme pulmonaire primitif ou isolé. Voici ce que disent à ce propos ceux qui se sont occupés spécialement de la question.

M. Besnier remarque bien la concomitance des lésions cardiaques et des manifestations pulmonaires, mais il ne se prononce pas.

M. Ball se prononce nettement pour leur plus grande fréquence chez les sujets porteurs d'affections cardiaques antérieures. « Quoi qu'il en soit, dit-il, les affections pulmonaires se montrent de préférence dans le cas où il existe déjà une affection du cœur, endocardite ou péricardite et surtout cette dernière. Il est rare de les rencontrer chez les rhumatisants dont le cœur est resté à l'abri de toute atteinte, quand même l'attaque serait de notable intensité. »

Cadet de Gassicourt reprend l'idée du professeur Ball ; mais il est plus affirmatif encore, il fait de la coexistence une règle absolue, l'affection du cœur précédant naturellement la localisation pulmonaire: « J'ai toujours trouvé, dit-il, entre la congestion pulmonaire et le rhumatisme un intermédiaire obligé, la maladie du cœur et, pour être plus précis, l'endo-péricardite. »

Il nous est difficile d'admettre sans réserve les idées de M. de Gassicourt ; nous les trouvons trop absolues, du moins dans le cas qui nous est particulier. Si nous admettons, en effet, que la lésion cardiaque préexistante est un facteur de premier ordre, dans les affections pulmonaires graves, qui surviennent au cours d'une attaque articulaire aiguë, nous pensons que dans notre cas sa présenee est une simple coïncidence et pas davantage. Certes, nous ne voudrions pas refuser au cœur malade une certaine influence sur la production des congestions pulmonaires rhumatismales par la gène circulatoire qu'il entraîne avec lui. Mais nous croyons qu'il peut exis-

ter des cas où le cœur est parfaitement indemne.

La cause la plus fréquente des lésions cardiaques est sans contredit le rhumatisme, et n'avons-nous pas admis plus haut, en en donnant les raisons, que la congestion pulmonaire pouvait être la première *révélation* de l'infection rhumatismale, c'est assez dire que dans ces cas la maladie du cœur n'entre pas en considération.

Du reste, nous avons relativement d'assez nombreuses observations, dans cette thèse, où le cœur était parfaitement indemne. De plus, nous croyons qu'il est difficile de rapporter à une lésion cardiaque cette congestion tout à fait spéciale, avec ces caractères de mobilité, et d'unilatéralité.

Admettant que le rhumatisme est une maladie infectieuse, nous croyons que le parasite supposé de cette maladie peut s'attaquer aux divers « organes, aux divers appareils » de l'individu, comme le font très souvent des processus morbides bien définis.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer comme conclusion les propres paroles du professeur Jaccoud. « Si, dit-il, dans le cas de rhumatisme viscéral secondaire, on peut contester que la diffusion du rhumatisme soit inhérente à la nature même de la maladie et dire alors, par exemple, que, si le cœur est pris, c'est en raison de la vieille loi hippocratique ; si le poumon et la plèvre sont atteints, c'est en vertu des relations entre le cœur et le poumon ; quand les accidents viscéraux sont primitifs ou simultanés aux accidents articulaires, la diffusion n'est

pas contingente, ni fortuite, mais inhérente à l'essence même de la maladie. Bref, ma conclusion est que le rhumatisme est une maladie générale, infectieuse, sans doute, malgré sa limitation aux jointures. »

En terminant cette étude, il nous paraît intéressant de rappeler, comment M. Bernheim conçoit le mode d'action du rhumatisme, pour la production des lésions congestives du poumon. « Ce serait, dit-il, une hyperhémie neuro-paralytique ; l'agent morbifique rhumatismal agit sur les vaso-moteurs du poumon qu'il paralyse ; il s'ensuit une dilatation des artérioles engendrant une fluxion congestive d'étendue variable. »

PRONOSTIC

« Dès que le rhumatisme, disait Bœrhave, se jette sur le poumon, le malade court sur-le-champ les plus grands dangers ; parfois il meurt subitement. »

Et certes Bœrhave avait raison ; depuis, l'opinion des auteurs n'a guère changé. Ce grand clinicien entendait parler, en effet, des affections pulmonaires de nature rhumatismale survenant à titre de complication d'une attaque de rhumatisme ; or, nous savons que, dans ce cas, les affections pulmonaires sont d'une extrême gravité.

En général, elles traduisent une virulence toute particulière de l'infection rhumatismale et sont en même temps, le plus souvent du moins, concomitantes de lésions viscérales qui atteignent le cœur et le rein.

Nous n'aurons rien à ajouter, lorsque nous aurons dit que l'œdème aigu, l'œdème foudroyant du poumon sont leurs formes les plus fréquentes.

Mais notre cas est bien différent, bien différent aussi sera notre pronostic.

Effectivement, des manifestations pulmonaires du rhumatisme, nous n'avons retenu que les localisations *primitives* ou *isolées* de cette infection, et nous ne pouvons certes pas porter un pronostic aussi sombre, du moins lorsque nous considérons l'affection pulmonaire en elle-même.

D'où tire-t-on le pronostic d'une maladie considérée en elle-même ? De deux choses, de son évolution clinique et de son anatomie pathologique. L'évolution nous dit assez que nous avons à faire à une affection très bénigne. La fugacité, la mobilité des symptômes, leur répartition présumée, plutôt sur la surface du poumon que dans la profondeur de cet organe, tout cela nous fait bien entendre que l'affection ne comporte aucun caractère de gravité.

Est-il besoin d'insister davantage quand l'expérience clinique nous dit que la maladie guérit généralement et d'une façon rapide.

Nous en trouvons, du reste, la preuve dans l'absence ou, tout au moins, la rareté des constatations nécroscopiques. Aussi l'anatomie pathologique est-elle assez pauvre en cas de cette sorte ; cependant, quelques autopsies ont permis de constater des lésions banales de congestion simple et d'œdème.

C'est assez dire, la bénignité de la maladie, la facile *restitutio ad integrum* de l'organe touché.

Mais, au point de vue pronostic, ne considérer l'affection qu'en elle-même ne nous paraît pas suffisant. Si, en effet, comme nous le reconnaissons, elle est quelquefois toute la maladie, le plus souvent,

néanmoins, elle n'est que le stade initial de l'infection rhumatismale à détermination articulaire franche.

Et, à ce titre, son pronostic change du tout au tout-Tandis que tout à l'heure il était bénin, dans ce dernier cas, au contraire, il s'assombrit. En effet, une attaque de rhumatisme articulaire est toujours redoutable ; l'infection porte une atteinte néfaste aux articulations et au cœur.

En somme, cette maladie, qui, par elle-même, est essentiellement bénigne, est généralement la première étape d'une infection qui, si elle n'est pas toujours grave, est, du moins, toujours redoutable : le rhumatisme articulaire franc.

TRAITEMENT

Vraisemblablement, la première idée qui vient à l'esprit du médecin, lorsque le diagnostic d'infection rhumatismale est établi, est de donner le médicament spécifique, autrement dit d'administrer le salicylate de soude.

Cependant, lorsqu'il s'agit de manifestations pulmonaires primitives de cette infection, on peut se demander si l'on ne doit pas ne pas interrompre le cours du processus morbide, qui, par ses déterminations articulaires, libérera, le plus souvent, du moins, l'appareil pulmonaire.

C'est qu'en effet, le rhumatisme viscéral, plus spécialement même le rhumatisme pulmonaire, est regardé comme une manifestation grave de l'infection. « Les manifestations pulmonaires, dit le professeur Ball, semblent accuser, bien plus encore que les affections du cœur de même cause, une tendance plus prononcée à la diffusion viscérale des manifestations du rhumatisme, et, à ce point de vue, présentent une

gravité d'un ordre tout particulier. La question n'est pas récente, et depuis longtemps déjà les auteurs qui se sont occupés du rhumatisme l'ont étudiée et discutée. « Quelques auteurs, disait Bouillaud, ont considéré que le rhumatisme articulaire aigu, devait, dans une certaine mesure, être respecté dans ses manifestations extérieures, à la manière de la goutte, dans la crainte que le processus morbide interrompu dans les jointures ne produise quelque répercussion grave vers les viscères; et sans aller jusqu'à considérer l'affection comme un « *Noli me tangere* », n'en concluent pas moins qu'il peut être dangereux de ne pas laisser la maladie épuiser son action sur les points où elle s'est manifestée. »

Plus récemment M. Merklein, dans ses *Cliniques*, à l'article « Dilatation aiguë rhumatismale », pose la même question; et voici comment il la résout :

« Le traitement de la dilatation cardiaque, dit-il, n'est pas tout. Il faut se préoccuper du traitement général de la maladie rhumatismale, et voilà soulevée cette question souvent controversée : faut-il continuer ou suspendre l'usage des préparations salicylées, quand surviennent les troubles fonctionnels et les signes de la dilatation aiguë du cœur?

En ce qui me concerne, je n'hésite pas à en suspendre l'emploi, et cela pour plusieurs raisons. Il est à remarquer, tout d'abord, que le médicament s'est généralement montré inefficace, que c'est en plein traitement salicylé, après plusieurs jours d'emploi ininterrompu du salicylate de soude à doses plus ou moins

élevées, sans détente notable, ni des douleurs, ni de la fièvre, qu'éclatent les accidents cardiaques. Il s'agit, sans doute, de formes spéciales de l'infection rhumatismale, parfois de toxémies profondes d'emblée, sur lesquelles le salicylate n'a pas de prise. Le salicylate n'est pas, d'ailleurs, responsable des accidents cardiaques ou centraux qui se produisent, car ces accidents on les a observés bien avant l'époque où l'on a commencé à traiter le rhumatisme articulaire aigu par le salicylate, de soude, mais il paraît évident qu'il les entretient ou les aggrave. La suspension du salicylate de soude, remplacé par la quinine, non seulement n'a pas d'inconvénient mais est d'un heureux résultat. »

La question qui nous intéressait est jugée et nous pouvons nous appuyer sur l'autorité de M. Merklein pour nous prononcer.

M. Merklein dit très nettement que le traitement salicylé doit être abandonné dans les formes spécialement virulentes de l'infection rhumatismale. Or tout autre est notre cas ; nous savons, en effet, que la congestion rhumatismale, que nous avons étudiée, comporte un pronostic bénin ; aussi n'avons-nous pas à hésiter pour choisir notre agent thérapeutique. C'est donc le salicylate que nous devrons administrer à notre malade.

Donné aux doses habituelles, avec toutes les précautions qu'il comporte dans son administration, il fait réellement merveille. Nous avons des observations où la congestion pulmonaire, qui durait depuis

quelque temps, sans s'atténuer, cède rapidement le lendemain de son emploi.

Du reste, en matière de rhumatisme, son efficacité n'est plus à démontrer ; c'est, en effet, le spécifique certain de cette infection.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici quelques observations qui se rapportent à notre sujet. Au début de chaque observation, nous donnerons le résumé de ce qu'elle contient en général ; mais nous nous abstiendrons de toute discussion clinique, ayant exposé plus haut l'enseignement que nous en avions tiré.

Observation IV

Rhumatisme pulmonaire d'emblée. Rhumatisme articulaire aigu consécutif. Service de M. Sevestre. (Thèse de M. Lebreton.)

La nommée P... Claudine entre au pavillon Lorain le 22 février 1883. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, vient d'avoir une fièvre typhoïde pour laquelle elle est restée trois mois à l'hôpital de la Charité: elle en est sortie il y a vingt jours. Quatre jours après son départ, elle fut prise d'un point de côté violent à gauche ; depuis ce moment, elle a

été en proie à une oppression persistante. Elle tousse et crache continuellement ; depuis quelques jours, elle s'est aperçue que son pied devenait douloureux, tuméfié, et elle a dû, depuis ce moment, garder le lit.

État actuel. — Rhumatisme articulaire aigu, localisé surtout dans le pied gauche. Quelques autres jointures sont douloureuses depuis hier.

Poumons. — A gauche état normal. A droite tout le poumon est rempli de râles fins de congestion pulmonaire, de la base au sommet, mais plus abondants à la base; il y a également à l'aisselle quelques frottements. A la partie moyenne, souffle assez doux, allant en diminuant de la base au sommet. Son maximum est au-dessous de l'épine de l'omoplate ; en ce point, broncho-phonie et submatité très manifeste ; fièvre modérée : 38°5 le matin, 39° le soir (T. R.).

L'oppression est très marquée ; l'expectoration spumeuse, abondante, sans coloration. Au cœur, léger roulement présystolique, souffle doux à la base et dans les vaisseaux. Albuminurie légère. Après deux jours, pendant lesquels l'état pulmonaire reste le même, malgré les ventouses et la poudre de Dower, M. Sevestre donne à la malade 6 grammes de salicylate de soude. Le médicament est donné le 25 février pour la première fois. Dès le lendemain, la malade se sent soulagée ; les râles sont moins nombreux.

L'albumine disparaît de l'urine le 27; et le 1er mars, *quatre jours après*, la congestion pulmonaire ne se révèle plus que par quelques râles fins, disséminés dans le poumon droit ; le pied gauche est seul encore douloureux.

13 *mars*. — La malade se leva pour la première fois le 15 mars. Rechute grave du rhumatisme, les membres sont

seuls pris cette fois, mais avec réaction fébrile intense. Le poumons restent complètement indemnes, l'albumine reparaît dans les urines.

Guérison de cette rechute le 24 mars.

5 *avril*. — Troisième rechute de rhumatisme sans manifestation pulmonaire, mais avec manifestations analogues à celle de la deuxième attaque ; 40° le soir. Le salicylate a encore raison de ces accidents et la malade sort définitivement guérie le 22 avril.

Observation V

Congestion pulmonaire rhumatismale précédant de cinq jours les artropathies (Thèse de Steeg, Paris, 1893).

D... Émile, 19 ans, imprimeur. Entré le 21 septembre 1892, salle Lasègue, lit n° 17, à Cochin.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — En 1889, première attaque de rhumatisme, il garde le lit trois jours.

18 *septembre* 1892. — Dans la nuit, point de côté droit très violent, exaspéré par les mouvements respiratoires. Dyspnée, toux légère. En même temps courbature et brisement des jambes.

21 *septembre* 1893. — Le malade veut, à la consultation, demander son admission pour ce point de côté et son oppression. A ce moment, on croit entendre des frottements étendus à toute la partie droite de la poitrine, et on songe à de la pleurésie.

Le soir, à la contre-visite, l'interne reconnaît qu'il s'agit

de râles de congestion sous-crépitants, assez fins, disséminés dans toute l'étendue du poumon droit, mais surtout très nets au niveau de la base.

Pas de souffle. Vibrations un peu exagérées, ni submatité, ni toux, ni expectoration. Dyspnée extrême, point de côté extrêmement intense.

22 *septembre*. — Même état local, sans changement, sauf que les parties supérieures du poumon semblent se dégager. Courbature générale.

23 *septembre*. — Douleurs très fortes apparaissent dans les cous-de-pied et dans les genoux. Œdème et rougeur assez vive à ce niveau. Pression extrêmement douloureuse. *Diagnostic :* Rhumatisme articulaire aigu.

Le malade a sué abondamment pendant la nuit; et, le matin, il présentait une odeur aigrelette.

Salicylate de soude : 4 grammes.

24 *septembre*. — Le poumon est dégagé; les douleurs sont un peu moins vives dans les jambes. Soir : bras droit, coudes, poignet se prennent. Sueurs nocturnes abondantes, Odeur aigrelette très caractéristique. Rien au cœur, pas d'albumine.

26 *septembre*. — Amélioration notable.

Le malade sort guéri au commencement d'octobre.

Rapprochons l'odeur aigrelette caractéristique dont parle M. Steeg, de ce que l'auteur anglais Füller appelait l'*odeur empyreumatique de rhumatisme*.

Observation VI

Rhumatisme pulmonaire précédant le rhumatisme articulaire aigu, puis alternant avec lui (Thèse de M. Fernet).

R... Nicolas, âgé de 32 ans, n'ayant jamais eu que quelques douleurs vagues et passagères dans les membres, entre à l'hôpital le 26 novembre 1864, dans le service de M. Lorain.

Cet homme est malade depuis trois jours. Il présente tous les signes d'une pneumonie, occupant le tiers moyen du poumon droit. Matité légère, quelques râles crépitants, pas de souffle, point de côté, toux fréquente avec expectoration visqueuse, vert-jaunâtre.

Le lendemain, soulagement; le 30 novembre, sixième jour de la pneumonie, attaque de rhumatisme articulaire aigu dans les deux genoux et durant cinq jours. Le 5 décembre, les douleurs disparaissent d'elles-mêmes, mais la pneumonie, qui s'était atténuée au point d'avoir presque complètement disparu, réapparait. Tout disparaît deux jours après : la poussée s'éteint et la convalescence s'établit. Le 10 décembre, le malade quitte l'hôpital, guéri.

Observation VII

Rhumatisme pulmonaire précédant de deux jours les artropathies (empruntée à Bukler).

Jeune homme de 22 ans. Bonne santé antérieure. Il a dormi au froid avec des habits humides.

La peau est très chaude, sèche, toux par paroxysmes. Rien à la percussion ni à l'auscultation. Le cas est, par nous, regardé comme un exemple typique de rhumatisme localisé sur le tissu fibreux du poumon.

Effectivement, deux jours après, il est frappé de rhumatisme aigu dans l'épaule droite ; pendant trente-six heures, c'est-à-dire pendant que durèrent les douleurs, pas de toux. Puis nouvelle détermination du rhumatisme sur le poumon, la toux réapparaît et la douleur d'épaule disparaît.

Quelques jours après ; péricardite et endocardite.

Observation VIII

Rhumatisme articulaire avec congestion pulmonaire et fièvre précédant de deux jours les arthropathies ; l'affection pulmonaire domine la scène. Œdème passager des jambes. (Bernheim. *Clinique médicale*, Nancy, 1877.)

W... Thérèse, 19 ans, domestique, habituellement bien portante, entre au service le 22 septembre 1875. Depuis la veille, céphalalgie, douleurs abdominales et fièvre. On constate le 23 septembre : T., 39°5 ; P., 120 ; R., 34.

Langue chargée, ventre un peu bouffi ; quelques selles diarrhéiques depuis deux jours, à la suite d'une purgation. Bruit de souffle assez fort à la base du cœur, au second temps ; le cœur n'est pas hypertrophié ; la malade n'a jamais eu ni d'œdème ni de battements de cœur. Submatité légère à la base du poumon droit. Dans la journée, le genou droit devient douloureux, chaud et tuméfié ; douleurs vagues dans le bras gauche.

Le 24 septembre. — Obscurité du bruit respiratoire sous la clavicule droite. Respiration rude dans les deux sommets en arrière, légèrement soufflée dans la région interscapulaire ; submatité à la base droite ; son vide légèrement tympanique à la base gauche, respiration obscure dans les deux bases.

Le 25 septembre. — Le genou et les bras sont dégagés. Symptômes pulmonaires plus marqués. Submatité dans la fosse sus-épineuse et au quart inférieur droit. Son aigu, tympanique, au quart inférieur gauche. Respiration rude dans les sommets, avec nuance soufflée à la région interscapulaire. A droite et à la base, bruit vésiculaire obscur; à gauche, il s'accompagne souvent de râles sous-crépitants très fins et de sibilances jusque vers l'angle de l'omoplate. Expectoration spumeuse peu abondante.

1^er^ *octobre.* — On note un œdème prononcé des malléoles des jambes, l'expectoration devient plus abondante.

4 *octobre.* — On perçoit des râles sous-crépitants fins, au quart inférieur droit, des ronchus sonores dans toute la hauteur.

7 *octobre* — L'œdème des extrémités inférieures s'est dissipé, les bruits du cœur ont toujours été nets, réguliers, avec souffle doux, antique au deuxième temps.

13 *octobre.*—Le malade ne tousse plus et n'expectore plus ; les symptômes pulmonaires sont les mêmes ; les douleurs articulaires ont disparu.

19 *octobre.* — Le malade sue ; on constate encore de la rudesse du bruit respiratoire et une expiration légèrement soufflée dans la région interscapulaire.

« Dans ce cas, dit M. Bernheim, il n'est pas douteux que la fièvre et la congestion pulmonaire ont précédé de deux jours

les artropathies. Celles-ci se sont résolues rapidement, et l'affection pulmonaire a donné la scène morbide. »

Observation IX

Congestion pulmonaire précédant de deux jours les artropathies, puis alternant avec elle (Thèse de Bouet. Paris, 1904).

L'attaque de rhumatisme date du 1er mai 1904, mais celle-ci diffère totalement des autres. Le malade entre primitivement à l'hôpital pour congestion pulmonaire. Quelques jours après, ce malade est en véritable asystolie ; dans la suite, on découvre une néphrite parenchymateuse. Enfin, il est pris de douleurs dans la cheville. Ces douleurs persistent deux ou trois jours, puis disparaissent. On donne au malade du salicylate de soude ; les urines deviennent noires, on les examine et on y découvre de l'albumine. On cesse le médicament, et l'on se contente de faire sur les articulations des pansements avec du salicylate de méthyle. La douleur passée, la congestion pulmonaire qui s'était un peu atténuée se manifeste à nouveau, ainsi que l'asysotolie et la néphrite.

Dans l'intervalle, c'est un doigt qui devient tuméfié et douloureux, et puis un autre. Cependant, la douleur n'est pas très vive, et la meilleure preuve, c'est que le malade, pour soulager sa dyspnée violente, se met souvent sur son séant en prenant un point d'appui sur ses poignets.

C'est ainsi qu'il traîne depuis son entrée, ne souffrant presque pas du rhumatisme, car les douleurs sont fugaces, passagères, non accompagnées de fièvre (la température ne dépasse

pas 38°) ; et n'était surtout sa congestion pulmonaire, il continuerait à vaquer à ses occupations, car, à chaque crise, ce sont *seules les petites* articulations qui sont prises.

Notons que le malade ne présente pas de lésions cardiaques, et que la néphrite s'est déclarée pour la première fois dans le cours de cette attaque.

Observation X

Congestion pulmonaire précédant de quelques jours les arthropathies (empruntée à Buhler).

Un jeune homme est pris de frisson et d'une fièvre légère. Quelques jours après : toux, pommettes rouges comme dans la pneumonie. Vingt respirations par minute, peu de signes stéthoscopiques : quelques râles disséminés. Cet état dure plusieurs semaines pendant lesquelles le malade peut aller à ses affaires. On a fait le diagnostic de tuberculose. Puis surviennent brusquement, violemment, des signes de congestion pulmonaire bien manifeste. Celle-ci cède rapidement pour faire place aux premières localisations d'un rhumatisme articulaire aigu.

Observation XI

« *Pneumonie* » *précédant les artropathies et disparaissant le jour de leur apparition* (Thèse de M. Nicot, 1829. Service de M. Fouquier, salle Saint-Michel).

Un jeune homme atteint de pneumonie, arrive au cinquième jour, résistait à tous les antiphlogistiques, aux émis-

sions sanguines. Il éprouve des douleurs aiguës dans les membres supérieurs, puis dans les inférieurs; le jour même, la pneumonie disparaît.

Observation XII

Observation rapportée par M. Lebreton et due à M. Huchard.

Le 21 octobre 1884.—M. le Dr A. Robin, médecin à Bercy, me fait l'honneur de m'appeler en consultation pour une malade, R..., âgée de 40 ans, malade depuis une quinzaine de jours. A cette époque, vers le 5 octobre, mon confrère avait constaté tous les signes d'une pneumonie commençante marquée surtout à la base du poumon gauche (frissons, point de côté, fièvre intense. Pouls à 120°. T. à 39°5). Râles crépitants à la base localisés au point douloureux. Le lendemain, le point de côté avait disparu, sous l'influence d'une application de sangsues, mais les râles crépitants s'entendaient sur une surface beaucoup plus grande; pas de souffle, pas de crachats caractéristiques.

Trois vésicatoires furent appliqués successivement, une potion de Todd ordonnée; et, vers le dixième jour, on constatait une disparition presque complète des phénomènes pulmonaires. Mais alors survint, pour la première fois, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui envahit rapidement les articulations.

Sous l'influence du salicylate de soude, à la dose de 6 grammes, les douleurs rhumatismales disparaissent très facilement et sont alors remplacées par les signes d'une *congestion pul-*

monaire droite, avec épanchement pleural. (Râles sous-crépitants fins, souffle voilé, égophonie, matité absolue. Épanchement pleurétique certain s'étendant sur une large surface. Dyspnée intense avec menace de suffocation au moindre mouvement.)

C'est dans cet état que je vis la malade le 21 octobre et voici ce que je constatai :

Congestion pulmonaire gauche.

Congestion pulmonaire droite avec râles crépitants, souffle léger, voilé, pleurétique. Pression du phrénique douloureuse. Le diaphragme se contracte mal à droite, il y a certainement de la pleurésie diaphragmatique. La situation est jugée très grave en raison des attaques d'orthopnée. Vésicatoires, ventouses sèches, Todd et extrait de quinquina, sulfate de quinine et digitale.

Sous l'influence de ce traitement, la dyspnée s'amende rapidement et, après trois semaines, la guérison était à peu près complète. On ne constatait plus en arrière et aux deux bases que quelques frottements pleuraux et quelques râles sous-crépitants.

Observation XIII

Rhumatisme pulmonaire d'emblée. Première manifestation, le malade sort. Il rentre trois jours après avec une attaque de rhumatisme articulaire aigu (Fuller. *On Rheumatism*, p. 319).

Thomas C... entre à St-Georg'es hospital, le 2 février 1856 avec une pneumonie. Dès le commencement de sa maladie, il est littéralement baigné de sueurs acides profuses, émet-

tant l'odeur particulière du rhumatisme, et sa langue est excessivement rouge et écailleuse. Si marqués étaient ces symptômes que, de suite, je le questionnai sur l'existence de douleurs rhumatismales, et que je fis ressortir devant les élèves les caractères particuliers de ces symptômes, comme indiquant la provenance de la maladie et le traitement à suivre. Durant son séjour à l'hôpital, il n'eut aucun rhumatisme externe, mais dans l'espace de trois jours après sa sortie, il fut atteint d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et fut admis à nouveau dans l'hôpital et confié aux bons soins du Dr Bences-Jon'es qui reconnut une attaque de rhumatisme bien nette.

Nous regardons ce dernier cas comme une manifestation isolée du rhumatisme pulmonaire. Dans sa maladie, en effet, l'individu a parcouru deux étapes, séparées l'une de l'autre par un intervalle assez important. Dans la première étape, c'est la congestion pulmonaire qui domine la scène : dans la seconde, c'est le rhumatisme articulaire qui se révèle.

Si Füller avait connu le salicylate, il l'aurait certainement administré à son malade, et dans ces conditions, nous nous demandons s'il n'eût pas été possible d'empêcher la détermination rhumatismale articulaire.

CONCLUSIONS

I. — A côté des déterminations viscérales du rhumatisme articulaire aigu, survenant au décours de la polyarthrite, il existe des manifestations viscérales qui méritent le nom de *primitives*, car elles frappent les viscères avant toute localisation articulaire ou même sans aucune localisation articulaire ultérieure.

II. — Dans cet ordre d'idées, les localisations pulmonaires méritent d'être placées immédiatement après les localisations endocardiaques primitives, dont l'existence, particulièrement chez les enfants, n'est plus guère discutée actuellement.

III. — Ces déterminations pulmonaires primitives du rhumatisme articulaire aigu se présentent sous le type classique de congestions, parfois très étendues, mais très superficielles, à évolution rapide, à pronostic bénin. Elles doivent être distinguées des œdèmes aigus, de pronostic très sombre, d'allure clinique bien différente, que l'on observe le plus souvent en

concomitance avec les formes graves du rhumatisme cardiaque.

IV. — Au point de vue étiologique, on peut distinguer dans les congestions pulmonaires rhumatismales une forme préarthropathique et une forme isolée de toute détermination articulaire. Si l'évolution établit nettement la nature rhumatismale de la première forme, le diagnostic étiologique de la seconde forme ne peut être basée que sur de simples probabilités (anamnestiques, allure clinique des accidents, épreuve thérapeutique, etc.).

V. — Le traitement salicylé fournira, en effet, en même temps qu'un moyen thérapeutique héroïque dans tous les cas, un élément important de diagnostic dans certains.

Vu : le Président de la thèse,
THOINOT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. — Clinique médicale.
ABAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1860.
BALL. — *Thèse d'Agrégation*, 1866.
BARTHEZ. — Maladies goutteuses. Paris, 1819.
BAZIN. — Lésions du poumon dans les affections morbides.
BENOIST. — Rhumatisme articulaire aigu et pneumopathie, P. 1909.
BERNARD. — *Thèse Paris*, 1873.
BERNHEIM. — Clin. médic., Nancy, 1877.
BOUET. — Rhumatisme articulaire aigu, P. 1900.
BESNIER. — Dictionnaire Dechambre.
BOUILLAUD. — Traité du rhumatisme, 1840.
BOURDON. — Mémoire. Société anatomique, *Un. méd.*, 1860.
BUCQUOY. — Leçons in *Gazette des Hôpitaux*, 1879 et 1881.
COCHEZ. — *Thèse de Paris*, 1883.
CADET DE GASSICOURT. — Maladie des enfants.
CASTELNAU. — *Archives médicales*, 1843.
CHAPOTEL. — *Thèse*, 1883.
CHOMEL. — *Thèse*, 1813
COLLIN. — Congestion pulm. arthritique.
DURIEUX. — Rhumatisme chez les enfants, 1885.
FERNET. — *Thèse*, 1865.
FRANK. — Path. int. Traduction de Bayle.
FULLER. — On Rheumatism.
GOUDARD. — *Thèse Paris*, 1877.
GANOD. — Traité de la goutte, traduction *Ollivier*, 1867.
HARDIVILLIERS. — Rhumatisme aigu. *Th. Paris*, 1894.
HOUDÉ. — *Thèse Paris*, 1861.
HUCHARD. — Congrès méd. de Rouen in Un. med., 1883.
JACCOUD. — *Semaine Médicale*. Paris, 1889.

JOSSERAN. — Rhumatisme articulaire aigu, p. 1905.
LANCEREAUX. — Leçons cliniq. sur le rhumat. in. *Un. méd.*, 1885 et 1890.
LATHAM. — Clin. méd., tome I,
LASÈGUE. — *Arch. méd.*, 1873.
LEBRETON. — Des manifestations pulm. du Rh. chez les rhumatisants et les arthritiques. *Thèse Paris*, 1885.
LEMOINE. —*Thèse Paris*, 1865.
MACLAGAN. — Rhumatisme.
MARGERY. — *Thèse Paris*, 1882.
MANOTTE. — *Soc. méd.*, fév. 1851.
MERCIER. — *Thèse Paris*, 1876.
MEUZIC. — *Edimbourg. medic. Journ.*, sept. 1877.
MEZORMEL (DE). — *Thèse Paris*, 1879.
MOREAU. — *Thèse Nancy*, 1876.
MUSGRAVE. — De Arthridite anomala sive interna.
NICOT. — *Thèse Paris*, 1829.
OLLIVE. — *France médicale*, 1882.
ORMEROD. — *Medico chirurgic transact.*
PETER. — Leçons sur le Rhumatisme.
PICOT. — Les grands processus morbides.
PICOT ET D'ESPINES. — Maladie des enfants.
PITRAT. — *Thèse Marseille*, 1884.
POTAIN. — *Journal de médecine et chir. pratique*, 1881.
PUGIBERT. — *Recueil de médecine militaire*, 1882.
RAYMOND. — *Progrès médical*, 1881.
RENDU. — Dict. Dechambre, article : *Goutte.*
SAMACOVLIEFF. — Des congest. pulm. non tuberculeuses, *Thèse de Lyon*, 1900.
SENAC. — Diathèse congestive.
SEUX. — *Thèse Marseille*, 1877.
SOUTHEY. — *The Lancet*, déc. 1883.
SYDENHAM. — Traité de la goutte.
TROUSSEAU. — Clin. méd., 1883.
VALUDE. — *Soc. anat.*, 1883.
VASQUEZ. — *Thèse Paris*, 1878.
VULPIAN. — *Thèse agrég.*, 1860.
WOILLEZ. — Maladies du poumon, 1872.
WUNDERLICH. — Pathologie und. therapie.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.